UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 107

FACULTE DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANÉVRYSMES CIRSOÏDES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1910

PAR

Pierre LAGET

Né à Gignac (Hérault), le 11 juillet 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur
JEANBRAU, Agrégé
RICHE, Agrégé
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANÉVRYSMES CIRSOÏDES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 107**

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANÉVRYSMES CIRSOÏDES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1910

ACAD. LYON BAT BIBL.

PAR

Pierre LAGET

Né à Gignac (Hérault), le 11 juillet 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur
JEANBRAU, Agrégé
RICHE, Agrégé
Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD. . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻) Chargé de l'enseign[t] de pathol. et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TÉDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻)
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (✻).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale.	VALLOIS

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE (✻), *président.* | JEANBREAU, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.* | RICHE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE BIEN AIMÉS

Dont la bonté pour moi fut inépuisable, je dédie ce premier travail, bien humble gage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MES CHÈRES SŒURS

JULIENNE ET MARIE-LOUISE

A MON ONCLE ET A MA TANTE PITOISET

Qui, pendant les longues années de mes études au Collège de Béziers, furent pour moi une seconde famille, je tiens à dire ici merci du fond du cœur.

A TOUS LES MIENS

P. LAGET.

A LA MÉMOIRE

DE MON AMI ÉMILE JULIEN

Un sort impitoyable et cruel l'enleva trop tôt à mon affection, vint le ravir dans toute la force de sa jeunesse, dans le superbe épanouissement de ses vingt ans.

La Mort a pu briser notre amitié, elle ne séparera jamais nos âmes. Et en ce jour pourtant si beau pour moi, mon souvenir attristé s'envole vers le cher disparu qui, en même temps que le cœur le plus doux, le plus ouvert et le plus tendre, fut toujours le plus dévoué et le plus fidèle des amis.

A TOUS MES CONDISCIPLES

A TOUS MES AMIS

P. LAGET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
MEMBRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
CORRESPONDANT NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AUX MEMBRES DE MON JURY

MM. le Professeur ESTOR.
le Professeur-adjoint JEANBRAU.
le Professeur-agrégé RICHE.

A MES MAITRES DE CONFÉRENCES

POUR L'EXTERNAT DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

MM. le Professeur ARDIN-DELTEIL.
le Professeur SOUBEYRAN.
le Professeur ROUVIÈRE.
le Professeur EUZIÈRE
M. le Docteur GUIRAUD.

P. LAGET.

AVANT-PROPOS

Parvenu au terme de mes études médicales, et sur le point de quitter la vieille Faculté de Montpellier, il me reste à remplir un devoir suprême, bien agréable et bien doux : celui de remercier tous ceux qui, de près ou de loin, s'intéressèrent à moi et me donnèrent, sans mesure, l'aide de leurs conseils et de leur affection.

A mes parents, si affectueux et si bons, va tout d'abord l'élan de ma reconnaissance. Ils eurent toujours pour moi une affection, un dévouement sans bornes ; qu'ils soient assurés ici que je n'oublierai jamais ce qu'ils ont fait pour moi.

A mes amis, Madon, Bobo, Albaret, Pontal et Teyssèdre, qui furent pendant ces quelques années mes compagnons d'études, parfois de plaisir, mais quelquefois aussi d'angoisse, je veux, au moment d'une séparation peut-être définitive, dire combien leur souvenir sera vivace en moi.

A M. le professeur Forgue, qui fut mon premier maître dans les hôpitaux, je me permets d'adresser les remerciements les plus vifs, mais aussi les plus émus et les plus sincères. Pendant les treize mois que j'eus l'honneur et le bonheur d'être externe dans son service, je n'ai jamais trouvé auprès de lui qu'encouragements et soutien, que conseils éclairés et qu'affection bien vive. D'autres plus compétents que moi diront sa science et sa

valeur professionnelle ; pour moi, il me suffira de lui dire, du plus profond de mon cœur, mon admiration pour son habileté opératoire, pour sa conscience méticuleuse et jamais défaillante, pour l'idée vraiment noble et haute qu'il a su me donner du chirurgien. En acceptant aujourd'hui de présider ma thèse inaugurale, il ne fait qu'ajouter une bonté de plus à celles, déjà innombrables, que j'ai reçues de lui, et me fait un honneur que je n'oublierai jamais.

Aux maîtres qui me préparèrent à affronter le concours pour l'externat des hôpitaux, je veux dire aussi un merci suprême, en même temps qu'un adieu. Par leur enseignement si clair, si net, si précis, les professeurs Ardin-Delteil, Soubeyran, MM. les docteurs Rouvière, Euzière et Guiraud m'ont appris à penser avec méthode, à exposer des idées avec clarté. Et c'est pour moi une joie bien douce, au moment où je vais partir, d'avoir vu dans un concours récent, où la vieille Faculté de Montpellier brilla d'un éclat incomparable, les docteurs Rouvière et Euzière conquérir de haute main le titre de professeur agrégé.

A M. le professeur Riche, à qui je dois le sujet de ma thèse, j'adresse mes plus sincères remerciements. A suivre ses intéressantes consultations de clinique chirurgicale, j'ai appris bien des choses pratiques, et j'ai trouvé toujours en lui, avec l'autorité incontestée d'un maître, l'affabilité d'un ami.

A M. le docteur Massabuau, qui fut mon chef de clinique pendant mon externat, aujourd'hui professeur agrégé depuis quelques jours à peine, à MM. les docteurs Anglada et Verdier, qui furent mes internes, à mes camarades d'externat Tufféry, Réveille, Richard, je veux dire

combien je fus heureux de les connaître, de pouvoir travailler sous leurs ordres ou avec eux.

Enfin à MM. les docteurs Jouillé (de Bessèges), Hugues (de Robiac), Guibert (de Pierrelatte) et Léon Lafon (de Marseillan), que j'eus l'honneur de remplacer à diverses reprises, je veux dire merci pour les conseils que j'ai reçus de leur expérience, mais aussi pour l'accueil amical que toujours j'ai trouvé auprès d'eux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ANÉVRYSMES CIRSOÏDES

INTRODUCTION

L'idée de ce travail m'a été donnée par M. le Professeur Riche. Ayant eu l'occasion d'observer un beau cas d'anévrysme cirsoïde du cuir chevelu, il eut la bonne fortune, après une opération splendide tout à l'honneur de sa maîtrise, de voir son opéré guérir dans de très bonnes conditions. C'est alors qu'il voulut bien me communiquer l'observation du malade, m'autorisa à la publier, et me suggéra l'idée d'en faire le sujet de ma thèse inaugurale.

Certes, je n'ai nullement l'intention de faire un travail complet sur la question, d'autres avant moi l'ont fait d'une manière magistrale, en de superbes ouvrages où, à part peut-être quelques détails, il n'y a rien à retoucher. Ce que je veux, c'est en faire un exposé d'ensemble, la présenter suivant les idées et les données actuelles, en un mot la mettre au point. Et si, chemin faisant, je puis, au cours de cette étude forcément brève, apporter quel-

que précision, dégager un point encore obscur ou rectifier une erreur, et cela en s'appuyant sur l'étude du cas de M. le Professeur Riche, je m'estimerai heureux d'avoir pu, par ma contribution bien humble, jeter un peu plus de clarté sur ce sujet si intéressant.

Tout d'abord, et à la première place puisqu'elle est la base même de cette étude, je placerai l'observation de M. le Professeur Riche, telle qu'elle m'a été transmise par M. le Docteur Jourdan, interne du service, à qui je suis heureux d'adresser ici tous mes remerciements pour ses renseignements et ses conseils.

J'étudierai ensuite, en une série de chapitres, les divers points de vue de la question. De la compulsation des travaux parus jusqu'à ce jour je m'efforcerai de retirer les idées dominantes et surtout la donnée actuelle. Et ceci fait, je verrai, me basant sur le cas de M. le Professeur Riche, ce qu'il me semble juste d'accepter, de discuter ou d'infirmer.

C'est ainsi qu'après un court, mais aussi clair que possible historique de la question, j'étudierai :

Dans un premier chapitre, l'Etiologie et la Pathogénie de l'affection.

Dans un second, son Anatomie pathologique, question importante et intéressante entre toutes, sur laquelle les controverses se sont multipliées.

Dans un troisième, ses symptômes et son diagnostic.

Enfin, dans un quatrième et dernier chapitre, le pronostic et le traitement.

Je signalerai pour finir les conclusions à tirer de l'étude de ces divers points de vue.

OBSERVATION

Inédite

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Riche.

F. J., 46 ans, voiturier, entre le 19 mai 1910, à l'hôpital St-Eloi-Suburbain, salle Delpech, n° 34 *bis*, pour une hémorragie grave due à une tumeur que le malade a sur le cuir chevelu.

Interrogatoire. — Il y a six ans, le malade s'est heurté le sommet de la tête contre une poutre. Il se forme rapidement un hématome, du volume d'un petit œuf environ. Le malade ne s'en préoccupe pas, et ne fait rien pour essayer de faire disparaître la tumeur.

Cette dernière augmente insensiblement jusqu'à atteindre le volume actuel. Pas de troubles fonctionnels.

Au début d'avril 1910, il s'est formé sur son sommet une petite croûte. Le malade se traite lui même, et tente de faire tomber cette croûte par des applications d'emplâtres. Quelques jours après, pendant qu'il est à son travail, une abondante hémorragie se produit au niveau de la tumeur. C'est une hémorragie en jet, très copieuse, qu'on arrête par le tamponnement. Le 8 mai, nouvelle hémorragie.

Quelques jours après, le malade entre à l'hôpital. On enlève le pansement, qui adhère à la tumeur. Nouvelle hémorragie dont on a peine à se rendre maître.

Examen. — Tumeur occupant la région bregmatique, allongée dans le sens antéro-postérieur, ovoïde, longue

d'environ 12 centimètres, large de 6, haute de 4. Sur son sommet on aperçoit une zone ulcérée du diamètre d'une pièce de deux francs. Chaque fois qu'on enlève le pansement, il jaillit un jet de sang, continu, mais à renforcements systoliques très nets.

La tumeur est animée de battements, de mouvements d'expansion très marqués.

Tout autour de la tumeur on remarque des dilatations vasculaires considérables, surtout en avant. La veine préparate ou veine médio-frontale, très dilatée, a le volume de l'index ; elle descend sur le milieu du front jusqu'à la racine du nez, où elle aboutit à une dilatation plus importante au niveau des sourcils. Les autres vaisseaux qui entourent la tumeur, entre autres les artères et veines temporales, sont également très dilatés, énormes et très flexueux.

La peau n'est pas altérée à leur niveau.

Opération le 1er juin 1910. On place la bande d'Esmarch autour du crâne. On circonscrit rapidement la tumeur par une incision elliptique, en pinçant au fur et à mesure, sur la tranche du cuir chevelu, les vaisseaux qui saignent. L'hémorragie est assez forte.

On décolle facilement la tumeur du périoste ; elle n'adhère à l'os en aucun point. Pas de communications avec la circulation endocrânienne.

Après hémostase, en grande partie par la spongiopressure, les bords de la plaie sont rapprochés et suturés au crin de Florence. En raison de la perte de substance due à l'extirpation de la tumeur, il reste une surface grande comme une pièce de deux francs qui est dépourvue de tégument. Pansement de Doyen après la crâniectomie.

Suites opératoires. — Excellentes. Pas de Température. Pas d'hémorragie.

Premier pansement au 8^{me} jour. Les dilatations vasculaires sont notablement affaissées.

Crins au 10^{me} jour. Cicatrisation normale ; le malade sort guéri.

L'examen anatomo-pathologique a été fait par M. le professeur Bosc, au laboratoire de la Faculté. Nous regrettons vivement de ne pouvoir en exposer ici les résultats, des circonstances indépendantes de notre volonté nous ayant empêché de nous procurer à temps l'observation

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE. — DÉFINITION

L'histoire des anévrysmes cirsoïdes peut être divisée en quatre périodes. A chacun de ces stades, l'affection a été envisagée sous un jour différent et, par suite, a donné lieu à des interprétations diverses et surtout à des applications thérapeutiques très variables, mais qui, il faut bien le reconnaître, étaient la déduction logique de l'idée qu'on se faisait de la maladie.

Dans une première période, un fait capital frappe les observateurs : la dilatation des troncs artériels. A leur avis, c'est là la lésion tout entière. Et l'on voit alors Dupuytren créer l'expression de varices artérielles, par analogie avec les dilatations veineuses ou varices veineuses. Quelques années plus tard, Breschet donne à la maladie le nom d'anévrysme cirsoïde, appellation que l'usage et la tradition ont consacrée, bien qu'elle soit éminemment mauvaise et défectueuse. Car, ainsi que le dit Terrier dans sa thèse d'agrégation, « si l'affection ainsi nommée peut être rattachée à une autre affection du système vasculaire, ce n'est point aux anévrysmes, mais aux varices qu'il faut la rattacher ». Et de cette notion découle l'application thérapeutique, la ligature des vaisseaux ectasiés. Nous reviendrons là-dessus au chapitre concernant le traitement, nous n'y insisterons donc pas ici.

En 1857, commence la deuxième période avec la thèse inaugurale de Decès. Pour lui, les dilatations tronculaires ne sont rien, c'est la tumeur pulsatile qui constitue la lésion proprement dite. Et le professeur Gosselin, adoptant les idées de Decès, peut dire : « J'appelle anévrysme cirsoïde ces tumeurs sous cutanées formées par la dilatation en amas ou en paquet des artères de dernier ordre (ramuscules ou artérioles), précédant les capillaires, tumeurs qui ont été confondues le plus souvent avec les dilatations des capillaires, ou avec celles des troncs artériels. » De cette conception ressort un fait considérable, l'indication d'agir sur la tumeur cirsoïde, non plus sur les vaisseaux. De là la méthode des injections coagulantes, l'extirpation, la ligature n'étant plus maintenant que reléguée au second plan et considérée comme un pis aller.

Dans le troisième stade, les recherches de Broca viennent jeter un jour nouveau sur la nature et la pathogénie de l'affection. Etudiant les tumeurs érectiles, en particulier les angiomes artériels ou angiomes rouges, il montre comment se fait leur évolution vers l'anévrysme cirsoïde. Pour cet auteur, l'anévrysme cirsoïde serait la suite naturelle, mais non fatale, des tumeurs rouges. Mais il ne rejette pas pourtant l'existence d'anévrysme cirsoïde primitif.

Enfin, dans une période toute récente, les recherches de Terrier et Malassez viennent bouleverser la question. Jusqu'ici, les auteurs n'ont parlé que de dilatations artérielles, toujours le seul système artériel était atteint. Terrier et Malassez introduisent une notion nouvelle, la participation du système veineux. Tout comme les artères, les troncs veineux, les ramuscules efférents se dilatent et deviennent flexueux. Le réseau capillaire

intermédiaire aux deux systèmes, se dilate aussi, si bien que si nous voulons, nous basant sur ces idées, donner de l'anévrysme cirsoïde (nous conservons le mot puisqu'il est consacré par l'usage), une définition exacte, nous dirons avec M. le professeur Forgue : « L'anévrysme cirsoïde est constituée : 1° par les artères et artérioles d'un département artériel dilatées, allongées, flexueuses ; 2° par les veines et veinules efférentes ayant subi la même altération ; 3° par la dilatation des capillaires intermédiaires et l'établissement d'une communication anormalement large entre le système artériel et le système veineux. »

Est-ce à dire que nous voulons rapprocher l'anévrysme cirsoïde de l'anévrysme artério-veineux et confondre ces deux affections ? Non, certes, et nous tenons au contraire à bien les séparer. Au sens exact du mot d'ailleurs, l'appellation de la tumeur cirsoïde est impropre, car elle n'a de l'anévrysme que le nom. Et au point de vue anatomique, d'autre part, une différence capitale existe : dans l'anévrysme cirsoïde, la communication est unique et siège, entre une veine et une artère données, en un point quelconque et non défini des vaisseaux. Dans l'anévrysme cirsoïde, au contraire, la communication est large et abondante et se fait par le réseau capillaire de tout un département artériel, les vaisseaux afférents et efférents participant eux-mêmes à la constitution de la tumeur.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Les anévrysmes cirsoïdes siègent le plus souvent à la tête (crâne), ainsi qu'il résulte des nombreuses statistiques publiées par les auteurs. Pourquoi cette prédilection pour la tête ? Les théories ne manquent pas mais nous ne nous y arrêterons pas cependant. Un seul fait pourtant est à retenir, c'est l'extrême richesse vasculaire de la tête, et la grande fréquence des tumeurs érectiles à ce niveau.

Ceci dit, d'où provient l'anévrysme cirsoïde ? Jusqu'à Broca, le traumatisme seul était mis en cause. Il est incontestable, en effet, que nombre d'anévrysmes cirsoïdes ne reconnaissent d'autre origine qu'un trauma. Mais est-ce bien là la seule cause ? Non, répond Broca, la plupart des anévrysmes cirsoïdes sont dus, non à un trauma, mais à l'évolution d'une tumeur érectile rouge, d'un nœvus artériel. Et, de fait, il est également incontestable qu'il y a des anévrysmes cirsoïdes ayant succédé à des tumeurs érectiles.

Enfin, on peut très bien admettre que la tumeur cirsoïde résulte de la combinaison de ces deux étiologies, par exemple d'un traumatisme exercé sur un nœvus artériel. C'est ainsi que Bruns incrimine, au sujet des anévrysmes cirsoïdes du cuir chevelu, l'action répétée

des dents du peigne sur un nœvus jusque-là ignoré du patient.

Nous ne parlerons ici que pour mémoire des anévrysmes cirsoïdes d'origine congénitale, leur étude nous entraînerait trop loin et n'entre pas dans le cadre de ce travail.

Quoi qu'il en soit, il est logique d'admettre trois causes des anévrysmes cirsoïdes :

1° L'anévrysme cirsoïde est dû à un traumatisme ;

2° L'anévrysme cirsoïde est dû à la transformation d'un nœvus artériel ;

3° L'anévrysme cirsoïde est dû à l'action d'un traumatisme sur un nœvus.

Mais comment faut-il maintenant interpréter ces diverses causes, et comment faut-il expliquer la production de la tumeur cirsoïde ?

Comment un trauma peut-il donner un anévrysme cirsoïde ? Tout d'abord, deux ordres de phénomènes sont à considérer à ce sujet. Ou bien l'anévrysme cirsoïde résulte directement de la lésion des vaisseaux atteints par le trauma, c'est ce que Terrier appelle l'anévrysme cirsoïde vrai ; ou bien il succède à un faux anévrysme ou même à un anévrysme artério-veineux, c'est ce que Terrier appelle l'anévrysme cirsoïde symptomatique.

Les théories, les hypothèses ont fourmillé, qui ont voulu expliquer le développement de la tumeur cirsoïde après un trauma.

Pour Cowfoot, la lésion primordiale est l'atrophie des parois vasculaires par suite de l'oblitération des vasa vasorum enflammés. La paroi atrophiée et paralysée se laisse distendre.

Pour Billroth, c'est « un processus irritatif avec hyperplasie diffuse des parois artérielles ».

Pour Heine, la tumeur serait due à l'ectasie des vaisseaux néoformés qui se trouvent au niveau de la cicatrice consécutive au trauma. Mais, comme le fait remarquer Broca, y a-t-il toujours une cicatrice ?

Faut-il enfin invoquer, avec Otto Weber, l'organisation, la vascularisation ectasique d'un caillot épanché ? Sans vouloir toutefois rejeter toutes les théories ci dessus, qui, assurément, ont chacune une part de vérité, nous accepterions volontiers cette hypothèse, tout au moins au sujet du cas de M. le professeur Riche. En effet, nous lisons dans son observation : « Il y a six ans, le malade s'est heurté le sommet de la tête contre une poutre. Il s'est formé une tumeur du volume d'un petit œuf. »

Qu'était-ce donc que cette tumeur qui existe dès le trauma ? Ce n'est assurément pas la tumeur cirsoïde elle-même qui se serait ainsi formée quasi instantanément. Mais vraisemblablement on doit admettre l'existence d'un caillot qui, ultérieurement, est remplacé par la tumeur cirsoïde.

Nous croyons cependant qu'il faut être éclectique dans le choix des théories et qu'aucun des modes de développement exposés ci-dessus ne doit être adopté à l'exclusion absolue des autres.

Avec le traumatisme, avons-nous dit plus haut, l'anévrysme cirsoïde reconnaît une autre origine : la transformation d'un nœvus rouge, d'un angiome artériel. Cette opinion admise, il n'échappera à personne que l'argument tiré du traumatisme perd beaucoup de sa valeur, ainsi que le fait remarquer Gosselin. En effet, dans nombre de cas où le malade assigne comme cause première à son affection un traumatisme, ne s'agirait-il pas d'une tumeur érectile préexistante à l'accident, ignorée du porteur, et ayant subi l'évolution anévrysmale en dehors de

toute influence du traumatisme incriminé? C'est, on le sait fort bien, un fait fréquent dans le public de ramener toute tumeur à une cause vulnérante. Cependant, si de telles remarques sont très judicieuses et très justes, ici aussi il ne faut pas être exclusif et, par un excès contraire, reporter tout anévrysme cirsoïde à un nœvus préexistant.

Mais comment se fait cette évolution, cette transformation du nœvus en anévrysme cirsoïde? Ici encore les hypothèses sont nombreuses, mais peu satisfaisantes. Il semble bien cependant que, selon Broca, les conditions circulatoires de ces tumeurs rouges ont sur la pathogénie des tumeurs cirsoïdes une influence indiscutable. En effet, à ce niveau la communication artérioveineuse est largement établie, le sang passe rapidement avec une facilité très grande. D'où abaissement de la tension dans les artères : leurs parois perdent leur résistance et se laissent dilater. Au contraire, la tension augmente dans les veines, d'où hypertrophie de leurs parois.

Bien d'autres causes ont été invoquées pour expliquer la transformation des nœvus en anévrysmes cirsoïdes. Nous ne ferons que les citer ici, sans nous y arrêter. C'est ainsi qu'on a incriminé la grossesse, la puberté, les cardiopathies, les émotions morales, etc., etc.

Nous pouvons donc, de cette brève étude, conclure :

1° Que l'anévrysme cirsoïde *paraît* résulter le plus souvent d'un traumatisme, l'action de ce dernier sur le développement de l'affection étant mal définie.

2° Que l'anévrysme cirsoïde résulte, vraisemblablement, *le plus souvent* d'une tumeur rouge préexistante, et méconnue du porteur. Cette transformation de l'an-

giome rouge en anévrysme cirsoïde se ferait soit spontanément, par suite des conditions particulières de la circulation au niveau de l'affection, soit par suite de l'action d'un traumatisme sur le nœvus.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La grande majorité des anévrysmes cirsoïdes siégeant au crâne, ce sont eux que nous allons particulièrement étudier ici. Nous étudierons tout d'abord les lésions et les modifications de structure que présentent les vaisseaux, et, dans un second paragraphe, nous étudierons les lésions accessoires, déterminées par la tumeur sur les tissus voisins ou les os sous-jacents.

Les lésions vasculaires intéressent les artères, les veines et les capillaires intermédiaires.

Au point de vue macroscopique, la tumeur cirsoïde nous apparaît comme un amas de vaisseaux dilatés, agglomérés les uns aux autres. De la périphérie de cet amas partent des vaisseaux ectasiés, fortement augmentés de calibre, très flexueux, flexuosités qui sont dues à l'allongement des vaisseaux. L'affection n'est que rarement limitée à un seul côté du crâne, le plus souvent elle est médiane et finit par envahir successivement toute la surface du cuir chevelu. Quelquefois enfin, et en dehors de toute communication avec l'intérieur du crâne par l'intermédiaire de perforations pathologiques dues à la tumeur, celle-ci communique pourtant avec la circulation endocrânienne par les orifices naturels, en particulier au niveau de l'orifice de Santorini. Ce n'est pourtant pas le

cas de l'observation de M. le professeur Riche, où nous voyons l'affection libre de toute communication avec l'intérieur du crâne.

Un fait intéressant à remarquer est que le maximum de la dilatation ne se trouve pas, comme on pourrait s'y attendre, au niveau des gros troncs, mais plutôt au niveau des ramuscules et des petites branches. C'est là un fait d'observation ancienne, et déjà Cruveilhier affirmait que la dilatation cirsoïde des vaisseaux est d'autant plus grande que ceux-ci sont d'un calibre plus petit.

Enfin, à côté de la dilatation et de l'allongement des vaisseaux, on note des lésions d'un autre ordre, concernant la structure même de leur paroi. Si l'on sectionne une artère, on voit le vaisseau s'affaisser, au lieu de rester béant suivant la normale ; il y a donc atrophie et faiblesse des parois. Pour les veines, au contraire, on note un épaississement notable, les veines perdent alors leurs caractères propres pour se rapprocher des artères, pour s'artérialiser. Nous verrons tout à l'heure, quand nous étudierons les lésions au point de vue microscopique, ce qu'il faut en penser.

A côté de ces lésions affectant les vaisseaux eux-mêmes, il y a, avons-nous dit plus haut, des lésions accessoires affectant les tissus voisins. Autour de la tumeur, en effet, ceux-ci subissent des modifications importantes. La peau, tout d'abord épaissie, se laisse distendre par le développement de la tumeur et s'amincit. Bientôt elle s'ulcère, se fissure, ce qui occasionne alors le plus souvent une hémorragie. Les tissus sous-jacents s'altèrent eux aussi, s'indurant et formant alors autour de la tumeur un bourrelet parfois très dur, qui peut donner l'impression qu'il est formé par l'os creusé en gouttière. Ce n'est pas à dire que l'os lui-même ne peut pas être atteint Tout comme

les anévrysmes ordinaires, l'anévrysme cirsoïde peut attaquer l'os avec lequel il est en contact, et le creuser peu à peu d'une gouttière plus ou moins profonde, qui peut aller jusqu'à la perforation Par ce pertuis, s'établissent alors des communications entre la tumeur et la circulation intra-crânienne, ce qui augmente singulièrement la gravité de l'affection.

Etudions maintenant les lésions des vaisseaux au point de vue microscopique. Nous allons trouver d'importantes modifications.

Les artères, avons-nous dit plus haut, s'affaissent à la section. Cela tient à une atrophie très grande de leur paroi, à la disparition à peu près complète de leur tunique moyenne. C'est d'ailleurs cette lésion qui permet la dilatation du vaisseau.

Comment se produit cette atrophie ? Diverses théories ont été émises. Les uns, avec Heine, incriminent la dégénérescence primitive des fibres musculaires lisses, due à la tension artérielle exagérée. Les autres, au contraire, avec Broca, prétendent qu'il n'y a non pas hypertension, mais hypotension dans l'artère : la paroi artérielle n'est plus alors sollicitée à réagir, elle s'atrophie et se laisse dilater Pour d'autres, enfin, avec Wirchow, l'atrophie serait secondaire, et serait précédée d'une phase d'hypertrophie et d'épaississement. Quoi qu'il en soit, il suffit de noter cette atrophie terminale de la paroi, la disparition de la couche moyenne et la dilatation qui en est la conséquence. Suivant l'expression de Delbet, les artères se sont veinisées.

Les veines, de leur côté, se dilatent aussi, fort probablement par suite de l'hypertension exagérée que supportent leurs parois. Celles-ci cependant essayent de réagir, par la production de tissu conjonctif plus ou moins

dense, dans lequel sont noyées de nombreuses fibres musculaires. En un mot, les veines se sont artérialisées, suivant le mot de Letenneur.

Les lésions capillaires enfin sont variables, consistant soit en une simple dilatation de leurs parois, soit en la formation de véritables lacs sanguins, par suite de l'accolement de plusieurs capillaires dilatés et de la disparition des parois intermédiaires (Malassez).

Une fois encore, nous disons ici notre regret de ne pouvoir donner la relation de l'examen anatomo-pathologique de la pièce de M. le professeur Riche, examen qui, peut-être, aurait permis de jeter un jour particulier sur la question.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE — ÉVOLUTION

La symptomatologie des anévrysmes cirsoïdes est assez variable suivant le siège de la lésion. Comme nous avons à nous occuper ici surtout des anévrysmes du crâne, nous laisserons volontairement de côté les tumeurs cirsoïdes siégeant soit aux membres, soit au tronc, pour nous occuper surtout de celles-là. C'est d'ailleurs là qu'on trouve avec le plus de netteté l'ensemble des signes et des symptômes qui permettent de diagnostiquer la lésion.

Tout d'abord, les symptômes du début sont généralement très obscurs, quelle que soit d'ailleurs l'origine de la lésion, qu'elle soit due à un traumatisme, ou qu'elle résulte de la transformation d'un nœvus. Ils sont de plus très difficiles à observer, par la raison qu'on a rarement à s'occuper de la lésion à ce stade-là. En effet, le malade ne vient généralement trouver le chirurgien que lorsque la tumeur est déjà volumineuse, et parce qu'elle présente des symptômes douloureux ou gênants, ou bien encore parce qu'elle a été le siège d'une hémorragie. Interrogé à ce moment, le malade ne peut donner sur l'origine de sa maladie et sur les signes du début que des renseignements peu précis et le plus souvent fantaisistes. C'est alors que le traumatisme est le plus souvent incriminé, surtout pour les tumeurs du crâne. On comprend très bien en

effet qu'un anévrysme cirsoïde du cuir chevelu, par exemple, quoique d'origine angiomateuse, soit reporté à un choc reçu sur la tête, si le nœvus, caché par les cheveux, a toujours été ignoré par le porteur.

Si même le malade peut affirmer avec certitude que sa tumeur pulsatile a été précédée ou non d'un nœvus, il est rare qu'il puisse renseigner le médecin sur l'époque exacte de l'apparition de la tumeur, sur le moment où elle est devenue pulsatile, sur les signes qu'elle présentait alors. Il est donc très difficile d'être renseigné sur l'origine réelle de l'affection, et sur sa symptomatologie de début.

Il en est autrement à la période d'état. A ce moment-là, en effet, la tumeur est constituée, présente des caractères bien définis et faciles à étudier. Ce sont ces caractères, ces signes que nous allons maintenant passer en revue.

On voit siéger, en un point quelconque du crâne ou de la face, une tumeur plus ou moins volumineuse, bosselée, à limites assez mal accusées, se confondant parfois insensiblement avec les tissus voisins, parfois au contraire très nettement séparée des parties saines. Elle est généralement constituée par une partie centrale, volumineuse, de la périphérie de laquelle partent, en différents sens, et jusqu'à une distance plus ou moins grande, des cordons noueux, flexueux, parfois agglomérés de façon à former de petites tumeurs secondaires.

La peau, plus ou moins tendue suivant le volume de la tumeur, est généralement amincie, d'autant plus que la tumeur est plus grosse Par transparence, le sang contenu dans les vaisseaux sous-jacents colore les téguments, d'où des taches violacées ou rougeâtres suivant la plus grande prédominance des vaisseaux artériels ou vei-

neux. Parfois la tumeur est ulcérée, généralement à sa partie la plus proéminente, ou présente à ce niveau une croûte plus ou moins épaisse, dont la chute peut souvent occasionner une hémorragie.

La tumeur paraît, à la vue, animée de mouvements d'expansion, de battements synchrones au pouls.

Au toucher, elle est molle, fluctuante, facilement réductible, soit qu'on exerce des pressions sur la tumeur même, soit qu'on comprime les vaisseaux afférents. Elle donne au palper l'impression d'un peloton de ficelle, d'un « paquet de vers », suivant l'expression de Jean-Louis Petit, comparable à la sensation que donnent les amas variqueux du varicocèle. La main qui palpe perçoit des battements synchrones à la diastole artérielle, et chaque pulsation est accompagnée d'un frémissement vibratoire assez accusé, d'un thrill. Parfois enfin, si la tumeur repose sur un os comme au crâne, on peut, par la palpation profonde, sentir des sillons que la tumeur a creusés dans le tissu osseux.

L'auscultation de la tumeur fait entendre un souffle doux, dont le caractère varie suivant le point où on ausculte, suivant la manière dont on applique le stéthoscope. C'est généralement un souffle continu, à renforcement systolique. Parfois, au contraire, il est franchement intermittent, dans d'autres cas enfin il est dédoublé, plus fort au moment de la systole, affaibli au moment de la diastole. Il semble quelquefois se propager le long des vaisseaux afférents ou efférents à la tumeur, et on a pu, dans certains cas d'anévrysmes cirsoïdes du crâne, l'entendre jusque dans l'aorte et même au cœur.

L'explication de ce souffle est identique à celle que l'on donne de tous les souffles circulatoires. On sait en effet, depuis Savart, que le passage du sang d'un vais-

seau dans un autre vaisseau de calibre plus grand, donne naissance à une veine liquide fluide, qui vibre à chaque pulsation, produisant ainsi le souffle. Au niveau d'une tumeur cirsoïde, le souffle s'explique donc de lui-même par la brusque dilatation des vaisseaux.

A la périphérie de la tumeur on remarque, à la vue et au palper, des cordons plus ou moins gros, flexueux, constitués par les vaisseaux afférents ou efférents dilatés, et formant parfois des tumeurs secondaires.

C'est ainsi que, dans le cas de M. le professeur Riche, la tumeur siégeait au niveau du bregma. D'elle partaient de gros cordons vasculaires qui occupaient le milieu du front et aboutissaient à une petite tumeur accessoire située à la base du nez. De même les artères et veines temporales superficielles étaient flexueuses et dilatées. Ces cordons vasculaires, partant de la tumeur ou y arrivant, sont généralement animés, eux aussi, de battements, et sont le siège d'un souffle continu.

Si on passe maintenant de l'étude des signes physiques, à celle des symptômes fonctionnels, on constate qu'ils sont parfois très peu marqués, et peu en rapport avec le volume et l'importance de la tumeur. Parmi ces troubles fonctionnels, il en est un qui prime tous les autres, et par sa gravité immédiate, et par l'état de faiblesse, de marasme et d'anxiété dans lequel il plonge les malades : c'est l'hémorragie.

Le volume de la tumeur augmentant, la peau se distend, s'amincit et s'altère. Il se fait alors, parfois spontanément, parfois sous l'influence d'un traumatisme quelquefois bien léger, d'un effort, une fissure, une ulcération, et l'hémorragie se produit. Le sang s'écoule alors en jet plus ou moins violent et abondant, saccadé, synchrone au pouls. Il est généralement rouge, mais moins pour-

tant que le sang artériel proprement dit. La perte sanguine est parfois très abondante, et met alors la vie du malade en danger. Mais elle est surtout dangereuse par sa répétition. L'ulcération en effet, une fois l'hémorragie arrêtée, se cicatrise d'une façon parfois défectueuse, ou bien il se forme une croûte que le moindre choc, le moindre effort fera sauter, renouvelant l'hémorragie. Dans le cas de notre malade, on peut ainsi noter deux hémorragies graves, et une troisième, très copieuse, se produisit à l'hôpital quand on enleva le pansement.

A côté de l'hémorragie, on peut noter parmi les troubles fonctionnels : la céphalée (anévrysmes cirsoïdes du crâne), la gêne qu'éprouve le malade, qui entend parfois les battements de sa tumeur (dans un cas, les battements étaient si forts qu'ils pouvaient être perçus, à distance, par l'entourage du malade). D'autres fois le malade souffre, soit au niveau même de la tumeur, soit à distance (névralgies).

Nous ne ferons enfin que noter, sans nous y arrêter, les difformités parfois très gênantes, auxquelles peut donner lieu l'anévrysme cirsoïde, surtout ceux de la face et du crâne.

Quelle est maintenant l'évolution de l'affection ? Dans certains cas, semble-t-il, elle peut rester stationnaire, sans pour cela ne pas exposer le malade à des accidents sérieux. Peut-elle rétrocéder et disparaître ? Quelques auteurs l'affirment, mais les faits cités sont très rares et très contestables (Cloquet, Chevalier, Decès, Krakowitzer, Gibson).

Le plus souvent, au contraire, l'affection se développe de plus en plus, parfois d'une façon lente (notre malade fait remonter à six ans l'apparition de sa tumeur), tantôt au contraire rapidement, « d'une rapidité effrayante », dit

Robert. Il semble bien prouvé cependant que l'apparition d'accidents ulcéreux ou hémorragiques donne en quelque sorte un coup de fouet à la marche de la tumeur, nécessitant très rapidement une intervention active. Peu à peu la dilatation envahit les vaisseaux périphériques, la tumeur gagne ainsi progressivement en surface, tandis que d'autre part, elle gagne en volume par la dilatation de plus en plus grande des parties primitivement atteintes, jusqu'au jour où se produit l'ulcération et l'hémorragie.

D'autres causes peuvent avoir aussi sur la marche de l'affection une influence néfaste, c'est ainsi qu'on a incriminé la grossesse, la puberté. De même, les époques menstruelles sont souvent marquées par une congestion plus intense de la tumeur, qui parfois même est le siège d'hémorragies périodiques, suppléant ainsi les règles et les remplaçant (Panas).

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC

De même que, ainsi que nous l'avons vu dans le chapitre précédent, on a peu souvent l'occasion d'observer des anévrysmes cirsoïdes à leur période de début, de même, et pour les mêmes raisons, on a peu souvent l'occasion d'en faire le diagnostic à ce moment. Pendant longtemps en effet, quelle que soit son origine, traumatique, angiomateuse ou spontanée, la tumeur se développe silencieusement, inaperçue le plus souvent du malade. Ce n'est que lorsqu'elle devient volumineuse, lorsque surtout elle présente des battements, que le malade s'en aperçoit et se décide à consulter un médecin. La première difficulté est donc de différencier la tumeur cirsoïde d'avec toutes les tumeurs pulsatiles. Parmi elles nous signalerons :

En première ligne, l'anévrysme artériel simple. L'erreur nous paraît difficile, vu les caractères physiques de la tumeur, qui est généralement bien limitée, à parois la plupart du temps rigides, à cause des caillots contenus dans le sac artériel. De plus la dilatation et surtout la flexuosité sont minimes, et en tout cas n'intéressent que rarement les branches voisines de l'artère lésée.

Il faut ensuite éliminer les tumeurs érectiles, surtout les tumeurs artérielles à battements. Si la tumeur est veineuse, le diagnostic se fera de lui-même, la tumeur ne

présentant que rarement des battements. Si elle est artérielle, le diagnostic sera plus délicat. On les différencie, pourtant, par l'absence de dilatations artérielles périphériques, par le manque de varices veineuses efférentes. Et de plus (Auvray) dans l'angiome les battements sont moins forts, le souffle plus doux, le thrill généralement absent.

Très difficile, par contre, est le diagnostic entre l'anévrysme cirsoïde et l'anévrysme artério-veineux. On sait combien est grande leur similitude clinique. Existe-t-il un moyen de les différencier? Terrier, après Follin, indique un signe qui serait pathognomonique. Dans l'anévrysme artério-veineux, la compression en un point limité de la tumeur, correspondant à l'orifice de communication entre l'artère et la veine, suspend le thrill et les battements. Il est évident que ce signe manque dans l'anévrysme cirsoïde, étant donnée l'extrême abondance des communications artério-veineuses, par le système capillaire dilaté. De plus, l'anévrysme cirsoïde est plus fréquent que l'anévrysme artério-veineux, il est souvent consécutif à un angiome, est parfois douloureux, et s'accompagne de lésions vasculaires de voisinage quelquefois très étendues, autant de signes qui sont la plupart du temps absents ou peu marqués dans l'anévrysme artério-veineux.

Exceptionnellement, l'anévrysme cirsoïde pourra être confondu avec les dilatations serpentines des artères chez le vieillard. On nomme ainsi, dit Cruveilhier, ces dilatations vasculaires, si fréquentes chez le vieillard, et qui la plupart du temps sont symptomatiques de l'athérome artériel. Un premier caractère à noter est donc l'âge avancé des malades et d'autre part la présence de signes d'artério-sclérose et d'athérome en d'autres points de l'arbre circulatoire permettra de poser le diagnostic.

Le cancer hématode, a-t-on prétendu, peut être pris pour un anévrysme cirsoïde. Avec Terrier, nous croyons l'erreur difficile, étant donné les caractères de la tumeur, son irréductibilité à peu près totale, son développement ordinairement rapide et douloureux, l'âge avancé des malades.

Enfin, l'anévrysme cirsoïde est à différencier de l'encéphalocèle. Cette dernière affection est généralement congénitale, tandis que l'anévrysme cirsoïde l'est bien moins fréquemment. La tumeur est de plus mieux limitée, siège en des points déterminés du crâne, est moins variqueuse, et ne s'accompagne pas de dilatations serpentines des vaisseaux périphériques. (Auvray, *in* Nouveau Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet). Parfois cependant les deux tumeurs peuvent coexister, d'où des erreurs possibles de diagnostic, suivant la prédominance de telle ou telle affection.

Si maintenant nous étudions le pronostic des tumeurs cirsoïdes, nous sommes frappés par sa haute gravité. Comme nous l'avons vu, la marche de l'affection est généralement continue, parfois très rapide. Rarement elle reste stationnaire. Plus rarement encore elle est suivie de guérison spontanée, Mais l'accident qui vient le plus souvent compromettre la vie des malades est sans contredit l'hémorragie, qui peut emporter le patient soit immédiatement, soit à la longue, par suite de pertes sanguines minimes peut-être, mais trop souvent répétées.

L'étendue de la tumeur, son siège, l'intensité des accidents qu'elle provoque doivent également rentrer en ligne de compte dans la valeur du pronostic. On comprend, en effet, combien les moyens thérapeutiques deviennent plus restreints et plus dangereux, par exemple, s'il s'agit d'une tumeur volumineuse et très étendue. De plus, quel

que soit le traitement employé, la guérison n'est pas toujours certaine ni complète, les phénomènes pouvant reparaître, quelquefois après un fort long temps. C'est ainsi qu'un malade de Dupuytren, opéré à deux reprises à 40 ans d'intervalle, vit les hémorragies se reproduire 30 ans après.

De plus, enfin, étant donnée la longueur parfois très grande du traitement, le malade peut succomber à une maladie intercurrente, surtout s'il est traité dans un milieu hospitalier où l'infection et la contagion peuvent se faire plus facilement.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Le traitement de l'anévrysme cirsoïde peut se résumer en peu de mots : il faut intervenir chirurgicalement. Cette intervention ne peut être discutée, quand on songe à la gravité de l'affection, à la menace continuelle qu'elle est pour la vie du malade, quand enfin on considère quels bienfaits on peut en retirer quand elle est faite de bonne heure et dans de bonnes conditions. Certains auteurs cependant, entre autres Holmes, ont préconisé l'expectation. Nous croyons cette manière de faire dangereuse, et par conséquent à rejeter sans hésitation. C'est, en effet, un leurre, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, que de croire que la tumeur va rester stationnaire ou même rétrocéder et guérir complètement d'elle-même. Si de pareils faits sont possibles et prouvés, il ne faut pas oublier qu'ils sont très rares et ne permettent en aucune façon l'abandon de la tumeur à elle-même, et l'inaction.

Mais comment intervenir ? Les auteurs ont préconisé tour à tour telle ou telle méthode, suivant l'idée qu'ils avaient sur la nature de la tumeur. Aujourd'hui, une seule intervention est acceptée par l'immense majorité des auteurs, pour les cas ordinaires tout au moins. Cette méthode de choix, c'est l'extirpation de la tumeur. Ce

procédé, déjà ancien, puisque Decès, dans sa thèse de 1857, en rapporte douze cas, a peu à peu pris le dessus sur les divers autres modes de traitement, et est aujourd'hui accepté par tous sans contestation. C'est précisément, d'ailleurs, l'opération effectuée par M. le professeur Riche sur son malade, on a vu plus haut avec quel succès

Au cours de cette intervention, le gros inconvénient, le seul même, serait-on tenté de dire, est sans contredit l'hémorragie, à peu près fatale et inévitable, si l'on songe au nombre colossal de vaisseaux qui sont lésés par le bistouri. Afin de prévenir, dans la mesure du possible tout au moins, cette inondation sanguine, plusieurs procédés ont été proposés. On peut par exemple, et c'est ce qu'a fait M le professeur Riche dans son opération, placer autour du crâne, au niveau des oreilles, une bande de caoutchouc qui comprime les vaisseaux et assure plus ou moins l'hémostase. Ou bien on procède à la ligature préventive des troncs afférents à la tumeur. Dans d'autres cas enfin, aucun moyen préventif n'est tenté, le chirurgien s'efforçant d'oblitérer les vaisseaux au fur et à mesure qu'ils sont lésés, soit en les comprimant avec une compresse ou une éponge, soit, ce qui est mieux, en les liant. C'est ainsi que Guéniot fut amené à effectuer dans un cas 20 ligatures, Decès 18, et Mussey 40, et cependant, dans ce dernier cas, les deux carotides primitives aient déjà été liées à titre préventif.

Chose à remarquer, tandis que les anciens procédés de traitement s'adressaient indifféremment à la tumeur cirsoïde ou aux vaisseaux ectasiés, et plutôt même à ceux-ci qu'à celle-là, l'extirpation, suivant en cela les idées de Decès, ne s'applique qu'à la tumeur cirsoïde. C'est, en effet, un fait indéniable, que la suppression de la tumeur

amène la régression de l'ectasie des vaisseaux, bien qu'on n'ait pas touché à ceux-ci. Et nous en voyons un exemple frappant dans le cas de M. le professeur Riche, où, quelques jours à peine après l'intervention, les vaisseaux périphériques sont déjà bien revenus sur eux-mêmes et en voie de régression. Donc, il faut et il suffit d'extirper la tumeur cirsoïde pour faire œuvre utile, les lésions accessoires guérissant alors spontanément.

L'opération peut être faite en 1 ou 2 temps, suivant qu'elle est petite ou de moyen volume, ou si au contraire elle est volumineuse et occupe une grande étendue (Krause).

Quoi qu'il en soit, l'extirpation est, sans contredit, une excellente opération, qui guérit presque à coup sûr l'affection. Cependant elle n'est pas exempte de tout danger, et d'autre part n'est pas toujours réalisable.

Il arrive, en effet, parfois que la tumeur est trop volumineuse, si bien que l'opération occasionnerait un shock trop considérable ou nécessiterait des délabrements trop étendus. Ou bien elle a avec les tissus, avec les organes voisins des connexions telles que l'opération serait d'une difficulté extrême, et parfois même impossible. C'est alors que, faute de mieux et pour tenter tout de même de faire quelque chose, on a recours aux anciens procédés de traitement. Nous allons les passer rapidement en revue, sans trop y insister toutefois, puisque aujourd'hui ils n'ont plus qu'un intérêt rétrospectif et historique, et ne sont presque plus employés.

En premier lieu, nous citerons la compression. Nous n'en parlerons que pour mémoire, et pour la condamner, car c'est un moyen détestable, d'une efficacité absolument chimérique, et qui bien plus est dangereuse. En effet, trop souvent la tumeur irritée finit par s'ulcérer, d'où hémorragie parfois fort grave, ou bien elle se déve-

loppe vers les plans profonds, pouvant arriver à corroder les os du crâne au point de passer au travers.

La compression est pourtant employée, mais alors à titre provisoire, pour faire de l'hémostase, ou à titre accessoire, après ligature des troncs afférents à la tumeur.

Cette ligature des troncs a été longtemps employée, car on pensait supprimer la tumeur en supprimant l'afflux de sang vers elle. De nombreux procédés ont été employés; nous les rangerons sous trois titres :

1° Ligature des troncs principaux d'un département artériel. C'est ainsi que Peixotto, de Rio-de Janeiro, alla jusqu'à lier le tronc brachio céphalique, dans un cas d'anévrysme cirsoïde de l'oreille droite;

2° Ligature des troncs secondaires : on a lié une carotide primitive, quelquefois les deux, la carotide externe etc. .

3° Ligature des rameaux afférents à la tumeur.

Aucun de ces procédés, il faut le dire tout de suite, n'a donné de résultat réellement satisfaisant et bien souvent même ce dernier fut-il illusoire. La tumeur, en effet, reçoit alors du sang d'autres vaisseaux, par l'intermédiaire des nombreuses anastomoses qui l'unissent aux artères voisines. D'où souvent la nécessité d'opérations multiples, à intervalles plus ou moins rapprochés, et réclamant la ligature successive de plusieurs branches ou troncs artériels. D'autre part, la ligature de vaisseaux aussi importants que la carotide primitive, *à fortiori* que le tronc brachio-céphalique, ne va pas sans quelque danger pour le patient. Cependant quelque mauvais et dangereux qu'il fût, ce traitement fut longtemps en usage, et innombrables sont les observations où on le voit employé. Aujourd'hui, nous le répétons encore, il ne sert plus que dans les cas où l'extirpation est impossible, par

conséquent il n'est plus qu'un moyen de pis aller. Il est cependant employé parfois, mais alors à titre accessoire, avant l'extirpation. Il n'a alors d'autre but que d'éviter le plus possible l'hémorragie, et de pallier ses effets en la réduisant au minimum.

Enfin, dans un troisième ordre d'idées on a essayé d'obtenir l'oblitération de la tumeur en provoquant dans son intérieur la formation d'un caillot. On a employé successivement l'électro-puncture, qui ne paraît pas avoir donné de résultats probants, puis, et surtout, les injections coagulantes, soit de perchlorure de fer, soit de sérum gélatiné... Dans tous ces cas les résultats furent très infidèles, peu satisfaisants, aussi ce procédé fut-il assez rapidement abandonné.

En résumé, étant donné surtout la richesse de l'arsenal hémostatique moderne, étant donné d'autre part la sûreté que donne, au point de vue des suites opératoires, la méthode aseptique, tous ces procédés doivent aujourd'hui céder le pas à l'intervention radicale, à l'extirpation de la tumeur. Ce traitement seul est vraiment efficace, seul il est capable de supprimer complètement la tumeur et d'assurer, sous le couvert d'une hémostase parfaite et d'une asepsie absolue, la guérison certaine et définitive de l'affection.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

De l'étude qui précède nous pouvons conclure :

1° Que les anévrysmes cirsoïdes, dont le siège le plus habituel est la face et le crâne, reconnaissent comme origine soit un traumatisme, soit un nœvus artériel, cette dernière étiologie étant fort probablement plus fréquente, *en réalité*, que la première.

2° Que les anévrysmes cirsoïdes sont constitués, non pas seulement par des varices artérielles, comme le croyaient les anciens auteurs, mais que, à côté de l'ectasie des vaisseaux et des capillaires artériels, on note une ectasie identique et équivalente des vaisseaux et capillaires veineux.

3° Que l'anévrysme cirsoïde est une affection grave, à marche continue et rapide. Dans quelques cas très rares on a vu la tumeur rester stationnaire ou même guérir spontanément, c'est pourtant une évolution exceptionnelle sur laquelle il ne faut pas compter. L'accident le plus redoutable est sans contredit l'hémorragie.

4° La gravité du pronostic commande la nécessité et la précocité de l'intervention. Le procédé de choix est l'extirpation de la tumeur ; les anciens modes de traitement par la compression, la ligature des vaisseaux, les injections coagulantes n'étant plus employés que dans les cas où l'opération radicale est impossible.

BIBLIOGRAPHIE

Observations non citées dans les tableaux de Decès (th. Paris, 1857), de Heine (1869) et de Polaillon (1870) ainsi que dans les mémoires de Gosselin et de Corteau.

Bernard. — Gaz. Méd., 1833, p. 608.
J.-C. Waren et Mason Waren. — Am. J. of Méd. Sc., 1846, p. 286.
Fraser. — In Braitwaith, 1846, t. XIII, p. 271.
Eosdaile. — Cité par Fraser in id.
Wilmoth. — Dublin quaterly Journal, 1847, feb.
Chassaignac. — Th de Concours, 1848
Fergusson. — Med Times and Gaz., Feb. 8, Aug. 16, 1851.
Holmes Coote. — Med. Gaz. March 1850, p. 412.
Verneuil. — Th. de Montpellier, 1851.
Demarquay. — Bull. Soc. Chir., 1852, III, 19.
Denonvilliers. — Id. 1853-54, p. 333.
Decès. — Th. de Paris, 1857.
Adams. — Med. Times and Gaz., 1857, May 23.
W. Colles. — Dublin hosp. Gaz., 1858, V, 334.
Bertherand. — Gaz. des hop., 1860, p. 539.
Richet. — Bull. de la Soc. de Chirurgie, 1860, p. 69.
Hart. — Cité in Pitha et Billroth, 1865.
Poole. — Med. Times and Gaz., 1863, Aug. 8.
Canton. — Gaz. des Hôp., 1865, p. 538.
Poland. — The Lancet, May 1866
Prescott Hewett. — The Lancet, Feb. 2, 1867.
Gimbert. — Th. Paris, 1866.
Pitha. — Gaz. des Hôp., 1867, p. 51.
Schuh. — Wien Med. Wochen, n° 30, 1865.
Fauvel, du Havre, brochure 1867.

J. Duncan. — Edinb. Méd. Journ. 1867, p. 101.
Broda. — Bull. de la Soc. de Chir., 1869, p. 379.
Guéniot. — Id., 1869, p. 382.
Panas. — Observ. inédite. 1869-1870.
Peixotto. — In Arch. de Langenbeck, t. 10, 1869.
N. Bozemann. — Philadelphie Méd. and Surg. Journ., 1869, XX, 163.
Krakovitzer. — In Holmes, t. III, 1870.
Hulke. — Méd. Times and Gaz., 871, July 8.
Labbé. — Observ. inéd., 1872.
Fauvel (du Havre). — Observ. inéd., 1872.
Terrier. — Th. Agrégation, Paris, 1872.
Roth. — Francfort, 1873.
Terrier. — Revue de Chirurgie, 10 janvier 1890.
Arch. gén. méd., 1881, nov. et déc. (de Santi).
Nélaton. — Société de Chirurgie, 1897.

Nouveau traité de Chirurgie. Le Dentu et Delbet. Crâne (Auvray).
Duplay et Reclus. — Th. de Chirurgie, 3-519.
Dict. Encyclopédique, 1re série, XXVII. Le Fort.
Forgue et Reclus. — T. 2, p. 48.
Forgue. — Précis de Pathologie externe, t. I.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 22 juillet 1910.
Le Recteur.
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 22 juillet 1910.
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué.
G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !